

Fax Raccomandata A.R. Raccomandata a mano

Spett.le Compagnia.....

Via.....

Città..... Cap.....

Oggetto: Richiesta di Risarcimento Diretto ex art. 149 Codice delle Assicurazioni

Sinistro: Data..... Ora..... Luogo:(via/piazza-comune).....

Veicolo assicurato: Assicurato:(cognome, nome, indirizzo).....
Targa.....Modello.....Polizza.....
Conducente:(cognome, nome, indirizzo).....

Veicolo antagonista: Assicurato:(cognome, nome, indirizzo).....
Targa.....Modello.....Assicurazione.....
Conducente:(cognome, nome, indirizzo).....

Richiedente: Proprietario (c.f.....) Conducente (*non proprietario*) (c.f.....)

- Danni a veicolo
 Lesioni personali conducente
 Lesioni personali proprietario-conducente
 Danni a cose trasportate (di proprietà dell'assicurato o del conducente)

Il Sottoscritto (cognome, nome, indirizzo e telefono).....
.....richiede alla Compagnia in indirizzo il risarcimento dei danni subiti a seguito del sinistro in epigrafe, la cui responsabilità è da attribuire al conducente del veicolo antagonista, sopra identificato.

Allega: denuncia redatta su modulo C.A.I.(constatazione amichevole di incidente)
 a firma singola a firma congiunta
 descrizione delle circostanze e delle modalità del sinistro

Descrizione:

Danni a veicolo/cose trasportate

Il veicolo e/o le cose danneggiate sono disponibili per Vostra visione presso:

Luogo:.....

.....

.....

Giorni e Ore:

Testimoni: SI No

Generalità:.....

Recapito:.....

Si allega dichiarazione:

Intervento Autorità: SI NO

V.U. P.S. CC di.....

Si allega verbale

Lesioni personali del conducente

Informazioni sul danneggiato:

Età:..... - Attività.....

Documentazione richiesta (di cui allegata):

Attestazione comprovante il reddito

Dichiarazione ex art.142 Codice delle Assicurazioni

aver diritto a prestazioni da parte di Enti

Gestori di Assicurazioni Sociali obbligatorie

non aver diritto a prestazioni da parte di

Enti gestori di Assicurazioni Sociali obbligatorie

Documentazione medica relativa alle lesioni subite

Attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione

con postumi permanenti senza postumi permanenti

Eventuale consulenza medico- legale di parte

Ricevuta/ fattura di Euro.....per corrispettivo della eventuale consulenza medica di parte

....., li.....

Firma